

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Düsseldorf

(Direktor: Prof. Dr. H. Schweitzer)

ZUM SUICID ALTER MENSCHEN
Eine Untersuchung im Raum Düsseldorf
für die Jahre 1970 - 1975

Dissertation
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Friedlind Klatt

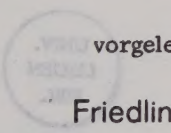
Düsseldorf 1979

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Düsseldorf
(Direktor: Prof. Dr. H. Schweitzer)

ZUM SUICID ALTER MENSCHEN
Eine Untersuchung im Raum Düsseldorf
für die Jahre 1970 - 1975

Dissertation
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Friedlind Klatt

Düsseldorf 1979

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität
Düsseldorf

gez. Prof. Dr. med. Hans Reinauer

Referent	Frau Prof. Dr. med. E. Trube-Becker
Korreferent	Priv. Doz. Dr. med. D. Reinhardt



I.	Meiner lieben Tante,	1
II.	Frau Obermedizinalrätin a.D. Dr. med. L. Holthausen	2
III.	in Dankbarkeit gewidmet.	3
1.	Einleitung	13
2.	Die Tante	17
3.	Die Tante	19
4.	Die Tante	21
5.	Die Tante	23
6.	Die Tante	25
7.	Die Tante	27
8.	Die Tante	29
9.	Die Tante	31
10.	Die Tante	33
11.	Die Tante	35
12.	Die Tante	37
IV.	Die Tante	39
V.	Die Tante	41
VI.	Die Tante	43
VII.	Die Tante	45

Inhaltsangabe:

=====

	Seite
I. Einleitung	2
II. Gang der Untersuchung und benutztes Material	8
III. Einzelergebnisse	
1. Anzahl und Geschlecht	10
2. Monat des Todes	11
3. Alter	13
4. Familienstand	15
5. Todesart	17
6. Angehörige	19
7. Wohnsituation	22
8. Beruf	24
9. Ankündigung des Selbstmordes	26
10. Bekannt gewordene frühere Selbstmordversuche	31
11. Motive	32
12. Erkrankungen, Alkohol und Sucht	35
IV. Diskussion	39
V. Zusammenfassung	49
VI. Literaturangabe	55
VII. Lebenslauf	60

I. Einführung

=====

Selbstmord als spezifisch menschliches Problem gab und gibt es in allen Teilen der Welt, zahllose Autoren haben sich mit diesem Phänomen beschäftigt.

Die Einstellung der Menschen zum Selbstmord war und ist sehr unterschiedlich und hat sich im Laufe der Geschichte mehrfach gewandelt. Sogar innerhalb einer Epoche divergiert in den verschiedenen Gesellschaften die Bewertung von Selbstmordhandlungen ganz erheblich.

Verschiedene Autoren haben sich intensiv mit diesem Wandel der Auffassungen befaßt. So weist z.B. Schadewaldt (28) darauf hin, daß in der Antike der Begriff Selbstmord nicht verwendet wurde, vielmehr wurden Formulierungen wie "freiwilliger Tod" oder "aus dem Leben herausgehen" benutzt. In diesem deutschen Wort Selbstmord liegt bereits eine negative Bewertung, da mit einer Handlung, die als Mord bezeichnet wird, immer "niedere" Motive verbunden sind. Der heute vielfach gebrauchte terminus technicus "Suicid" stammt übrigens nicht aus der lateinischen Sprache des römischen Reiches, sondern taucht erst in der Renaissance auf.

Während also in der Antike eine Selbsttötung nicht von vorneherein negativ angesehen wurde, erhält der Suicid unter dem Einfluß der christlichen Religion zunehmend Negativ-Bewertungen.

Alvarez (2) weist in seiner Darstellung der Geschichte des Selbstmordes darauf hin, daß im Alten Testament lediglich vier Selbstmordfälle beschrieben werden, wobei keiner eine ungünstige Deutung erhält. Erst sehr viel später wird in der christlichen Lehre der Selbstmord als Verbrechen gewertet. Diese Ansicht resultiert einerseits aus dem Tötungsverbot, andererseits wird unter dem Aspekt des Lebens als Geschenk Gottes der Selbstmord als schwere Unrechtstat scharf verurteilt.

Die Geschichte der Rechtssprechung, die als Wissenschaft die jeweiligen gesellschaftlichen Einstellungen widerspiegelt und von den Moralvorstellungen der Kirchen nicht unberührt bleibt, kodifizierte den Selbstmord als Verbrechen mit entsprechender Strafandrohung: die Theresiana von 1769 ordnete sogar die Bestrafung eines Selbstmordversuches an. Während in Deutschland seit ca. 100 Jahren der Selbstmord kein Straftatbestand mehr ist, war etwa in England bis zum Jahre 1961 der Selbstmord bzw. Selbstmordversuch unter Strafe gestellt (18).

Erst relativ spät setzt eine wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Selbstmordproblem außerhalb der Philosophie und der Theologie ein. Hierbei lassen sich verschiedene Problematisierungsansätze differenzieren:

Den soziologischen Ansatz vertrat als erster Durkheim mit seiner im Jahre 1897 publizierten

Studie über den Selbstmord (12). In neuerer Zeit befaßt sich E. Stengel (32) mit der statistischen Auswertung von Selbstmordhandlungen, wobei er um adäquate Erklärungsmöglichkeiten zu entwickeln, den vollendeten Selbstmord von den Selbstmordversuchen scharf trennt. Den Handlungen liegen nach seiner Ansicht sehr unterschiedliche Ursachenkomplexe zugrunde.

Einen anderen Ansatz zur wissenschaftlichen Bearbeitung der Selbstmordproblematik stellt der Psychologisch-Psychiatrische dar. Zu den wichtigsten Vertretern dieser Richtung zählt zweifellos der Wiener Psychiater E. Ringel (24), der, wie auch Pöldinger (23) in Basel, sich intensiv mit der Prophylaxe des Selbstmordes befaßt. Das von ihm herausgearbeitete sog. präsuicidale Syndrom umfaßt im wesentlichen drei Symptome, die für eine Gefährdung hinweisend sind:

- 1.) Eine Einengung der Gefühlswelt, der sozialen Situation und der zwischenmenschlichen Beziehungen.
- 2.) Aggressionen, die gegen die eigene Person gerichtet sind.
- 3.) Destruktive Phantasien.

Ringel sieht im Selbstmordgeschehen ein Äquivalent einer Neurose.

Erklärungsversuche vom psychoanalytischen Hintergrund unternahmen Menninger (22) und Henseler (20). Die Schwierigkeit der praktischen "Abschätzung der Suicidalität" (Pöldinger) ist trotz der vielfältigen unterschiedlichen Erklärungsversuche erheblich, da immer, worauf Tews (33) hinweist, ein weiter Spielraum unterschiedlicher Interpretationen gegeben ist.

Eine intensivierete Erforschung von Selbstmordhandlungen mit daraus resultierenden praktischen Hilfestellungen für die "Helfergruppen" ist dringend erforderlich. Eine Abschätzung der Selbstmordgefährdung muß Teil der ärztlichen Sofortmaßnahmen sein, worauf Henseler (21) hinweist.

Hierzu erscheint eine Differenzierung nach Altersgruppen hilfreich zu sein. Auffallend ist, daß sich die Mehrzahl der Arbeiten der neueren Zeit mit dem Problem des Selbstmordes und des Selbstmordversuches der jüngeren Menschen beschäftigen, wohingegen die Problematik des Alterssuicides in den Hintergrund tritt.

Erst in allerjüngster Zeit zeichnet sich ein Trend ab, sich mit dem Problem des Selbstmordes alter Menschen zu befassen, wobei sicherlich die Zunahme der alten Menschen in unserer Gesellschaft eine Rolle spielt.

Während sich ein großer Teil der Autoren mit dem psychiatrischen Hintergrund, der zu einem Selbst-

mord führt, beschäftigen, gibt es nur wenige Arbeiten, welche die soziale Situation der Selbstmörder im höheren Lebensalter beschreiben und untersuchen.

Die Beobachtung, daß ältere Siucidanten häufig in erheblich verwahrlostem Zustand oft erst nach Tagen oder gar Wochen aufgefunden werden, zeigt die Notwendigkeit, sich gerade mit der sozialen Situation der alten Menschen, insbesondere denen, die Selbstmord begehen, zu beschäftigen.

Zu dem genannten Problemkomplex versucht die vorliegende Arbeit einen Beitrag zu leisten.

Es wird die Selbstmordhäufigkeit bei alten Menschen in Düsseldorf in dem Zeitraum 1970 - 1975 untersucht, soziale Hintergründe und Motivationen - soweit überhaupt noch zu ermitteln - werden dargestellt.

Als alte Menschen bezeichne ich in meinen Ausführungen Personen, welche das 60. Lebensjahr vollendet haben. Diese Grenzziehung bedarf einer Erklärung: Eine Definition, wann ein Mensch "alt" sei, ist, wenn überhaupt möglich, sehr schwierig zu geben. Ein Parameter ist z.B. das 65. Lebensjahr, der Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben.

Ich habe aber als Begrenzung nach unten das 60. Lebensjahr gewählt, einmal, weil in den

letzten Jahren ein Ausscheiden vor Erreichen des 65. Lebensjahres aus dem Berufsleben ohne weiteres möglich ist und auch praktiziert wird, zum anderen, weil viele Personen aus gesundheitlichen Gründen ihre Berufstätigkeit vorzeitig beenden. Deshalb ist es notwendig, diese nicht geringe Personengruppe der unter 65-jährigen, die eine vergleichbare soziale Situation hat, mit zu erfassen.

Ich bin mir durchaus bewußt, daß es sich dabei um eine willkürliche Festlegung handelt.

II. Gang der Untersuchung und benutztes Material

=====

In den Jahren von 1970 - 1975 wurden 318 Personen, die zum Zeitpunkt des Todes das 60. Lebensjahr vollendet hatten und älter waren, und bei denen der Verdacht auf Selbstmord geäußert wurde, in das Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf eingeliefert.

Zur vollständigen Erfassung der Selbstmordfälle in Düsseldorf habe ich die entsprechenden Bücher der Kriminalpolizei und der Staatsanwaltschaft durchgesehen. Dadurch erhöht sich die Anzahl der Fälle im gewählten Zeitraum auf 430. Die Diskrepanz resultiert aus dem Umstand, daß nicht jede Leiche im Institut für Gerichtsmedizin untersucht wird.

Anhand des vollständigen Aktenmaterials konnte ich feststellen, daß von den 430 erfaßten Personen 66 eines natürlichen Todes gestorben waren, in 32 Fällen konnte nicht geklärt werden, ob ein natürlicher Tod oder ein Suizid vorgelegen hat und weitere 11 Fälle entfielen aus verschiedenen anderen Gründen, sodaß 109 Fälle für die Bearbeitung unberücksichtigt bleiben.

Es resultieren somit 321 Fälle von Suizid bei älteren Menschen, 156 Männer und 165 Frauen, die sich selbst töteten, als Grundlage für die

vorliegende Untersuchung.

Jeder einzelne Fall wird nach 12 verschiedenen Kriterien analysiert:

1. Geschlecht
2. Monat des Todes
3. Alter
4. Familienstand
5. Todesart
6. Angehörige
7. Wohnsituation
8. Beruf
9. Ankündigung des Selbstmordes
10. Bekanntgewordene frühere Selbstmordversuche
11. Angebliche Motive
12. Erkrankungen, Alkohol und Sucht.

III. Einzelergebnisse

=====

1. Anzahl und Geschlecht

Die Selbsttötungen aus den Jahren 1970 - 1975 von 321 Menschen, 156 Männern und 165 Frauen, aus dem Raum Düsseldorf werden untersucht. Tabelle 1 a gibt die absoluten Zahlen wieder, die in Klammern gesetzten Zahlen der Tabelle 1 a die Selbsttötungen innerhalb der Stadtgrenzen Düsseldorfs, auf die sich die Selbstmordziffern in Tabelle 1 b beziehen.

Tabelle 1 a

Anzahl und Geschlecht in den einzelnen Jahren

	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Männer	30(26)	26(21)	32(28)	22(18)	25(19)	21(16)
Frauen	28(27)	28(26)	28(25)	23(20)	26(20)	32(29)
gesamt	58(53)	54(47)	60(53)	45(38)	51(39)	53(45)

Tabelle 1 b

Anzahl und Geschlecht pro 10 000 Einwohner
(Selbstmordziffer)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Männer	4,44	3,92	5,25	3,40	3,69	3,05
Frauen	3,05	3,02	2,88	2,29	2,30	3,20
Gesamt	3,80	3,37	3,78	2,71	2,82	3,14

Die Verteilung der Suicide auf die einzelnen Jahre in der Zeit zwischen 1970 und 1975 zeigt eine geringgradig rückläufige Tendenz. Trennt man nach Geschlechtern, zeigt sich, daß die Anzahl der männlichen Selbstmörder dem Gesamttrend entspricht, wohingegen man bei der Anzahl der Selbsttötungen der Frauen im Jahre 1974/1975 einen Anstieg feststellen kann.

Inwieweit der Anstieg der weiblichen Selbsttötungen zufällig ist, oder der in der Literatur festgestellten allgemeinen Zunahme entspricht (31), bleibt abzuwarten. Als Begründung für den Anstieg der Zahl von Selbstmörderinnen werden beispielsweise verstärkte Berufstätigkeit, zunehmende Selbständigkeit, sowie der verminderte Einfluß der Religion, der sich besonders bei Frauen bemerkbar machen soll (3), angenommen.

2. Monat des Todes

Der Einfluß der Jahreszeit auf den Suicid ergibt sich aus Angaben in der Literatur verschiedener Autoren (9,10,13). Übereinstimmend wird sowohl im Frühjahr als auch im Winter ein Gipfel der Selbstmordhäufigkeit, insbesondere bei der hier zur Diskussion stehenden Altersgruppe, gefunden.

Tabelle 2

Sterbemonat	Männer	Frauen	Gesamt
Januar	20	18	38
Februar	12	12	24
März	14	11	25
April	8	13	21
Mai	16	20	36
Juni	11	11	22
Juli	14	13	27
August	11	16	27
September	9	16	25
Oktober	12	11	23
November	13	14	27
Dezember	16	10	26

In meiner Untersuchung finden sich zwei Gipfel im Mai und im Januar, was der von den genannten Autoren festgestellten Tendenz entspricht. Abweichende Ergebnisse bestehen insofern, als Böcker (5) im Kölner Raum einen Gipfel im Februar konstatiert, während ich für Düsseldorf dagegen einen Gipfel im Januar festgestellt habe.

Trennt man nach Geschlechtern, so zeigt sich, daß der Januargipfel von den Männern, der Maigipfel von den Frauen gebildet wird.

Des Weiteren läßt sich feststellen, daß in den

Wintermonaten 1,6 % mehr Menschen einen Suicid begehen als in den Sommermonaten, innerhalb der einzelnen Monate ergibt sich der niedrigste Anteil für den Monat April (siehe Tabelle 2).

Die Feststellung von Böcker (4), daß die Altersgruppe der über 60-jährigen die niedrigste Selbstmordrate in den Hochsommermonaten Juli und August aufweise, hat durch meine Untersuchungen nicht bestätigt werden können.

3. Alter

Die Altersverteilung ergibt Tabelle 3 a. Sie zeigt, worauf ich in der Einleitung bereits hingewiesen habe, daß die von mir gewählte Grenzziehung für das Alter durchaus sinnvoll ist, obwohl in der Regel erst nach der Vollendung des 65. Lebensjahres vom "alten Menschen" gesprochen wird.

Um brauchbare, d.h. aussagekräftige Daten zu erhalten, empfiehlt es sich, die Selbstmordziffer zu erfassen (23). Die Selbstmordziffer bezeichnet die Anzahl der durch einen Selbstmord Verstorbenen, bezogen auf

10 000 Einwohner. Die in meiner Untersuchung über 60-jährigen, aufgeschlüsselt in Fünfjahresgruppen ergibt Tabelle 3 b.

Tabelle 3 a

Altersverteilung

	60-64	65-69	70-74	75-79	80 und älter
Männer	53	47	28	15	13
Frauen	49	41	30	27	18
gesamt	102	88	58	42	31

Tabelle 3 b

Altersverteilung in Selbstmordziffern (pro 10 000 Einwohner)

	60-64	65-69	70-74	75-79	80 und älter
Männer	5,0	5,2	4,48	4,8	5,4
Frauen	3,24	3,0	2,87	3,7	3,0
gesamt	4,12	4,1	3,67	4,25	4,22

Diese Tabelle zeigt folgende Ergebnisse:

Die Selbstmordziffer steigt mit zunehmendem Alter nicht an, abgesehen davon, daß übereinstimmend mit Fuhrmann (16) die Selbstmordziffer bei den über 80-jährigen Männern am größten ist. Ein zweiter

Gipfel findet sich interessanterweise bei den 65-69-jährigen Männern.

Bei den Frauen läßt sich nur ein Gipfel in der Altersgruppe der 75-79-jährigen feststellen.

In Übereinstimmung mit Angaben verschiedener Autoren liegt insgesamt die Selbstmordziffer bei den Frauen meines Kollektivs niedriger als bei den Männern.

4. Familienstand

Es gestaltet sich besonders schwierig, Ergebnisse zu diesem wichtigen Punkt zu erhalten.

Im Statistischen Jahrbuch der Stadt Düsseldorf wird bedauerlicherweise keine Aufschlüsselung der lebenden Bevölkerung nach Alter und Familienstand geführt, so daß eine Berechnung der so wichtigen Selbstmordziffer in bezug auf den Familienstand nicht vorgenommen werden kann.

Wohl aber findet sich eine Auflistung aller Verstorbenen, differenziert nach Alter und Familienstand, und zwar erst mit dem Jahr 1973 beginnend.

Ich habe deshalb zwei verschiedene Berechnungen durchgeführt:

Tabelle 4 a zeigt die absoluten Zahlen für das von mir untersuchte Material, Tabelle 4 b gibt den prozentualen Anteil der Suicidanten von der Gesamtzahl aller Verstorbenen, differenziert nach Alter und Familienstand für das Jahr 1973 - 1975 wieder.

Tabelle 4 a

Familienstand

	Männer	Frauen	gesamt
ledig	4	21	25
verheiratet	97	38	135
verwitwet	42	93	135
geschieden	10	6	16
keine Angabe	3	7	10

Tabelle 4 b

Familienstand in % aller Gleichaltrigen in Düsseldorf Verstorbenen in der Zeit von 1973 - 1975

	Männer	Frauen	gesamt
ledig	0	0,79	0,39
verheiratet	0,61	0,89	0,72
verwitwet	0,85	0,71	0,78
geschieden	1,33	1,15	1,24

Als Ergebnis läßt sich folgendes feststellen:

Die absolute Gesamtzahl der verheirateten Selbstmörder entspricht derjenigen der verwitweten Selbstmörder. Trennt man nach Geschlechtern, so zeigt sich, daß bei den Verheirateten die Männer und bei den Verwitweten die Frauen signifikant überwiegen.

Unter Berücksichtigung der Gesamtzahl der in der entsprechenden Altersgruppe in Düsseldorf in den Jahren 1973 - 1975 verstorbenen Männer und Frauen ergibt sich eine Umkehrung der Verteilung der Suicidhäufigkeit.

Die relativen Zahlen zeigen ein Überwiegen der verwitweten männlichen und verheirateten weiblichen Selbstmörder gegenüber den verheirateten männlichen und verwitweten weiblichen Suicidanten.

Tabelle 4 b zeigt darüberhinaus, daß sowohl bei Männern als auch bei Frauen der höchste Anteil der relativen Selbstmordhäufigkeit bei den geschiedenen liegt.

5. Todesart

Allgemein wird in der Literatur festgestellt, daß jugendliche Selbstmörder eher zu den sog.

unsicheren Tötungsarten neigen, was eine Abgrenzung zu den Selbstmordversuchen schwierig macht, während ältere Selbstmörder zu den mehr sicheren Tötungsarten greifen sollen.

Tabelle 5

Todesart	Männer	Frauen	gesamt
Intoxikation durch Tabletten	51	86	137
Erhängen	55	32	87
Ertränken	15	17	32
Erschießen	10	0	10
Pulsaderschnitt	2	4	6
Gas (CO)	2	0	2
Einwirkung von Giften	5	1	6
Erstickten	0	4	4
Sturz aus gr.Höhe	9	20	29
Überfahren lassen	6	0	6
Tötung durch elektrischen Strom	1	1	2

Tabelle 5 a

Verteilung der Häufigkeit der beiden an erster Stelle stehenden Todesarten Intoxikation und Erhängen auf die einzelnen Jahre

	Intoxikation durch Tabletten		Erhängen	
	M	F	M	F
1970	7	14	12	4
1971	8	15	10	3
1972	8	13	12	8
1973	5	14	12	4
1974	9	12	6	7
1975	14	18	3	6

In Übereinstimmung mit Böcker (3) und Grünberg (17) und im Gegensatz zu Schweitzer (30) habe ich bei meiner Untersuchung festgestellt:

Als häufigste Todesart ausgedrückt in absoluten Zahlen kommt der Suicid durch Tablettenintoxikation vor. Getrennt nach Geschlechtern zeigt sich, daß bei Frauen die Intoxikation an 1. Stelle steht, während bei Männern der Suicid durch Erhängen geringfügig überwiegt.

Die Häufigkeitsverteilung der übrigen gewählten Todesarten ist aus Tabelle 5 ersichtlich.

Die Verteilung der Häufigkeit der beiden an 1. Stelle stehenden Todesarten auf die einzelnen Jahre in der Zeit von 1970 - 1975 zeigt, daß die Selbsttötung durch Erhängen bei den Frauen in den letzten Jahren zugenommen hat.

6. Angehörige

Über die meiner Meinung nach wichtige Bedeutung der Angehörigen beim Untersuchen der Probleme zum Selbstmord finden sich in der Literatur bedauerlicherweise kaum brauchbare Angaben.

In dem von mir untersuchten Kollektiv - die Angaben entstammen vorwiegend polizeilichen Ermittlungen - habe ich vor allem drei Komplexe ausgewertet:

Vorhandensein von Verwandten (Tabelle 6 a)

Häufigkeit der Kontakte zu Verwandten

(Tabelle 6 b)

Qualität der Beziehung zu den Angehörigen (Tabelle 6 c)

Tabelle 6 a

Verwandtschaftsgrad

	Männer	Frauen	Gesamt
Ehegatten	98	38	136
Kinder	101	103	204
Schwiegerkinder	23	27	50
Geschwister	17	38	55
Enkel	14	21	35
Sonstige ¹⁾	16	19	45
Keine ²⁾	7	7	14

1) Unter "Sonstige" fallen Cousinsen, Cousins, Nichten, Neffen usw; diese werden nur erwähnt, wenn keine näherstehenden Angehörigen vorhanden waren. Enge Verwandte wie Ehegatten, Kinder und Geschwister werden vollständig aufgeführt, so daß die Summe der Angehörigen größer als die der Toten ist.

2) Unter "Keine" sind die Fälle zusammengefaßt, bei denen die Kriminalpolizei keine Angehörigen ermitteln konnte. Diese Nachforschungen waren intensiv, da die Frage der Nachlaßregelung und des Begräbnisses geklärt werden mußte.

Tabelle 6 b

Häufigkeit der Kontakte

	Männer	Frauen	Gesamt
täglich	99	64	163
häufig	5	18	23
regelmäßig	6	15	21
selten	8	11	19
keine	19	12	31
unerwähnt	9	45	54

Tabelle 6 c

Qualität der Beziehung zu den Angehörigen

	Männer	Frauen	Gesamt
gutes Verhältnis	49	66	115
schlechtes Verhältnis	27	19	46
nicht erwähnt	73	73	146

14 der Selbstmörder hatten überhaupt keine Angehörigen, 45 nur entfernte Verwandte. Wichtig ist aber nicht nur das Vorhandensein von nahen Angehörigen, sondern vor allem der Kontakt mit ihnen. 186 der Suicidanten hatten häufig, beziehungsweise täglich, 31 überhaupt keinen und 19 nur selten Besuch von, beziehungsweise Kontakt zu ihren Angehörigen oder Freunden, so daß 140 von 321 - fast die Hälfte - praktisch alleinstehend waren.

Tabelle 6 c macht den Versuch, etwas über die Qualität der Kontakte auszudrücken. Grundlage waren die in den Akten protokollierten Aussagen der von der Polizei befragten Bekannten und Verwandten. 115 bezeichneten das Verhältnis zum Verstorbenen als gut, 46 als schlecht, in 146 Fällen fanden sich dazu keine Äusserungen.

7. Wohnsituation

Für die Charakterisierung der Lage alter Menschen ist die Wohnsituation, in der sie sich befinden, wichtig. Aus dem mir vor-

liegenden Material lassen sich drei Merkmalskomplexe herauskristallisieren.

Tabelle 7 a

Art der Wohnung	Männer	Frauen	gesamt
Mietwohnung	111	122	233
eigenes Haus	24	14	38
Untermiete	6	2	8
bei Kindern	7	9	16
Altenheim	4	14	18
obdachlos	4	4	8

Tabelle 7 a gibt einen Überblick über die Art der Wohnung als einen Hinweis auf den sozialen Status der Verstorbenen. Im eigenen Haus lebten 38, in einer Mietwohnung 233, Untermieter waren 8, bei den eigenen Kindern wohnten 16, 8 waren obdachlos und 18 waren in einem Heim untergebracht.

Tabelle 7 b

Zustand der Wohnung	Männer	Frauen	gesamt
ordentlich bzw. unauffällig	144	160	304
vernachlässigt	12	5	17

Ein weiteres Merkmal ist der Zustand der Wohnung. Dieser wird von der Polizei in den Akten ausführlich protokolliert. Wie Tabelle 7 b zeigt, waren 304 Wohnungen ordentlich, beziehungsweise unauffällig und nur 17 vernachlässigt.

Außerdem ließ sich feststellen, ob die Suicidanten allein oder mit anderen Personen zusammen wohnten. Wie sich aus Tabelle 7 c ergibt, wohnten 138 der Verstorbenen allein.

Tabelle 7 c

Mitbewohner der Wohnung

	Männer	Frauen	gesamt
allein	47	91	138
Partner	95	39	134
Kinder	8	15	23
Geschwister	2	6	8
im Altenheim mit Partner	4	13	17
im Altenheim ohne Partner	0	1	1

8. Beruf

Durch die Wahl der Altersgruppe der über sech-

zigjährigen ergibt sich bezüglich des Berufes der Selbstmörder naturgemäß, daß die meisten nicht mehr im Erwerbsleben stehen. Immerhin ergeben die Daten der Polizeiakten, daß zum Zeitpunkt des Todes doch noch einige der Suicidanten berufstätig waren (Tabelle 8 a). Die früheren Berufe der Rentner, zu denen in einigen Fällen Angaben gemacht waren, sind aus Tabelle 8 b ersichtlich.

Tabelle 8 a

Berufe

	Männer	Frauen	Gesamt
Rentner	117	89	206
Hausfrau	0	53	53
Arbeiter	11	1	12
Angestellte	8	4	12
Handwerker	4	0	4
Freiberuflich ¹⁾	12	2	14
Keine	4	16	20

1) Unter freiberuflich sind selbständige Akademiker und Geschäftsleute zusammengefaßt.

Tabelle 8 b

Rentner aufgeschlüsselt nach früher ausge-
übten Berufen

	Männer	Frauen	Gesamt
ohne Angabe	70	83	153
Arbeiter	12	0	12
Angestellte	9	3	12
Handwerker	9	0	9
Beamte	7	0	7
Freiberuflich	10	3	13

Rentner und Hausfrauen machen zusammen genommen 80 % all derjenigen aus, die zum Zeitpunkt ihres Todes nicht mehr berufstätig waren, wobei zu bemerken ist, daß die Zahl der Rentnerinnen größer ist als die der Hausfrauen.

Nur 16 % - 4 % der Fälle waren ohne Berufsangabe - gehen noch einer Tätigkeit nach. Diese Gruppe besteht überwiegend aus 60 - 65 jährigen Männern.

9. Ankündigung des Suicides

Zu diesem Abschnitt der Untersuchung ergeben sich mehrere Einteilungsmöglichkeiten.

Ich habe in der folgenden Tabelle die Untergruppen A - G gewählt und zwar:

A) direkte vorherige Ankündigung.

Hierunter sind alle Fälle zusammengefaßt, in denen die Verstorbenen vor ihrem Tod Jemanden auf das bevorstehende Ereignis aufmerksam gemacht haben.

B) häufige direkte Ankündigungen.

Hierunter fallen diejenigen, die in letzter Zeit, zum Teil auch schon einige Zeit vorher, ausdrücklich und wiederholt davon gesprochen haben, sich das Leben zu nehmen, zum Teil mit detaillierter Schilderung der Methode, die sie anwenden wollten.

C) indirekte Ankündigungen.

Die unter diesem Abschnitt zusammengefaßten Aussagen haben nicht direkt den Suicid zum Inhalt, sondern diese Menschen sprachen vielmehr von "Lebensüberdruß", "sie hätten keine Lust mehr zum Leben", "hätten den Mut zum Leben verloren", "fühlten sich überflüssig", "wollten dem verstorbenen Lebenspartner folgen" usw.

- D) Abschiedsbrief ohne sonstige Ankündigung vom Selbstmord.

In diesen Fällen wurde als "Abschied" nur ein Brief vorgefunden, in dem die Verstorbenen größtenteils ihre Handlungsweise zu erklären bzw. zu rechtfertigen versuchten. Sie sind nur bedingt in die Tabelle einzubeziehen, weil diese Briefe keine Ankündigung des Selbstmordes im eigentlichen Sinne darstellen.

- E) bekannte, erwiesene frühere Suicidhandlungen.

Diese Fälle sind in die Tabelle aufgenommen worden, dann, wenn sonst keinerlei vorherige Ankündigung bekannt war, auch kein Abschiedsbrief vorgelegen hat.

- F) keine Ankündigung des Suicids.

- G) kein Bezug auf etwaige Ankündigung in den Akten.

Tabelle 9

Ankündigung des Suicides

	Männer	Frauen	gesamt
A	22	14	36
B	39	43	82
C	28	39	67
D	24	26	50
E	8	7	15
F	33	32	65
G	2	4	6

Es läßt sich feststellen, daß die meisten der Selbstmörder vor dem Suicid relativ häufig entsprechende Gedanken und Gefühle geäußert hatten und zwar Männer gleich häufig wie Frauen.

Faßt man die unter A - C aufgeführten Fälle zusammen, so ergibt sich, daß von 321 Menschen 185 (57 %) ihre Umwelt in irgendeiner Form über ihr Vorhanden informiert hatten.

Bei denjenigen, die sich vor der Tat direkt (A) geäußert hatten, überwiegen die Männer, bei denjenigen, die indirekt Äußerungen machten, überwiegen die Frauen. In 65 Fällen

(20 %) ist vor dem Suicid keine Ankündigung gemacht und keinerlei Hinweis auf das Vorhaben gegeben worden.

Charakteristische geschlechtspezifische Unterschiede in Bezug auf die Ankündigung als solche und die Art der Tat vor einem Selbstmord lassen sich auf Grund des von mir untersuchten Kollektivs nicht machen.

Zu erwähnen ist noch, daß die Abschiedsbriefe unterschiedliche Formen haben können: vom kleinen Zettel, auf dem nur ein Satz steht, bis zu den ausführlichsten, teilweise seitenlangen Erklärungen.

Rund ein Drittel aller durch einen Suicid Verstorbenen, die ich untersucht habe, haben einen Abschiedsbrief hinterlassen. Frauen schrieben 10 % häufiger eine Nachricht vor dem Tod als Männer.

Tabelle 9 a

Vorliegen von Abschiedsbriefen

	Männer	Frauen	gesamt
Abschiedsbrief vorhanden	49=31%	67=41%	116=36%
kein Abschiedsbrief vorhanden	107=69%	98=59%	205=64%

10. Bekannt gewordene frühere Selbstmordversuche

Beim Besprechen früherer Selbstmordversuche ist anzumerken, daß bei den polizeilichen Recherchen nicht regelmäßig nach vorausgegangenen Selbstmordversuchen gefragt wird, sodaß durchaus Selbstmordversuche stattgefunden haben können, die nicht erfaßt wurden und so der Anteil derjenigen, die bereits einmal oder mehrfach einen Selbsttötungsversuch unternommen haben, in Wirklichkeit viel größer sein kann.

Tabelle 10

Bekannt gewordene frühere Selbstmordversuche

	Männer	Frauen	gesamt
Kein SMV	128 = 82 %	131 = 79 %	259 = 80,6 %
Ein SMV	18 = 11,5 %	25 = 15 %	43 = 13,4 %
mehrere	10 = 6,5 %	9 = 5,5%	19 = 6 %

Wie Tabelle 10 zeigt, wurden 43 mal Suicidversuche vor der eigentlichen Selbstmordhandlung angegeben und in 19 Fällen waren sogar mehrere Selbstmordversuche bekannt

geworden. Bei letzteren ließen sich psychiatrische Erkrankungen wahrscheinlich machen.

11. Motive

Grundlage der Untersuchung bezüglich der Motive, die zum Suicid geführt haben, waren einerseits die von der Polizei protokollierten Aussagen der Verwandten und Bekannten, andererseits die von den Verstorbenen hinterlassenen Aufzeichnungen und Briefe.

Aus den Angaben in den Akten ließen sich die in Tabelle 11 nach der Häufigkeit aufgelisteten verschiedenen Motive herauskristallisieren.

Tabelle 11

Motive

	Männer	Frauen	gesamt
1) Tumorerkrankungen	15	6	21
2) Verdacht eines Tumors	0	3	3
3) Carcinophobie	13	13	26
4) Schmerzen	19	17	36
5) behindernde Erkrankung	9	9	18
6) Atemnot	5	0	5
7) gebrechlich werden	5	19	24
8) hirnerg. Psychosyndrom	2	6	8
9) diagnostizierte Depression	7	18	25
10) Schizophrenie	4	10	14
11) Angstzustände	22	40	62
12) "Nervenkrankheit"	3	1	4
13) Senilität	8	4	12
14) "Lebensunlust"	1	2	3
15) Einsamkeit	9	26	35
16) Tod des Partners	15	17	32
17) Streit mit Partner	9	3	12
18) Familienschwierigkeiten	6	9	15
19) Verlust der Wohnung	4	0	4
20) Einweisung in Altenheim	3	6	9
21) Verlust der Arbeit	5	1	6
22) Affekthandlung	13	2	15
23) chron. Alkoholkonsum	9	3	12
24) finanz. Schwierigkeiten	9	3	12
25) kriminelles Delikt	3	0	3
26) Überflüssigkeitsgefühl	2	1	3
27) sexuelle Konflikte	4	0	4
28) Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	3	0	3
29) Motive unklar	9	17	26

Die Anzahl der Motive überwiegt deshalb die Anzahl der Fälle, weil zum Teil mehrere Motive angegeben wurden.

Bei 51 Männern und 52 Frauen wurden zwei Motive, bei 25 Männern und 11 Frauen mehr als zwei angegeben. In 25 Fällen (9 Männer und 16 Frauen) ließ sich kein Motiv feststellen.

Um die vielfältigen Motive übersichtlicher darzustellen, habe ich die große Anzahl zu folgenden Motivgruppen zusammengefaßt:

- a) somatische Erkrankungen und chronische Leiden
- b) psychische Erkrankungen, inklusive Sucht
- c) Schwierigkeiten im sozialen Bereich
- d) Schwierigkeiten im familiären Bereich
- e) finanzieller und krimineller Bereich
- f) unklare Motive

Als häufigste Motivgruppe bei beiden Geschlechtern ließen sich somatische Erkrankungen und chronische Leiden feststellen.

Tabelle 11 a

Motivgruppen

	Männer	Frauen	gesamt
somatische Erkrankungen und chronische Leiden	56	67	123
psychiatrische Erkrankungen inklusive Sucht	75	97	172
sozialer Bereich	28	36	64
familiärer Bereich	34	29	63
finanzieller und krimineller Bereich	12	3	15
unklare Motive	9	17	26

12. Erkrankungen, Sucht und Alkohol

Naturgemäß sind Menschen in der von mir
gewählten Altersgruppe häufiger krank als
jüngere Menschen, wobei der Anteil der
chronischen Erkrankungen besonders
groß ist.

Tabelle 12

Erkrankungen

	Männer	Frauen	gesamt
chronische Erkrankung			
und Carcinom	55	52	107
Carcinom	12	9	21
Suchtkrankheit	30	12	42
Schlaflosigkeit	1	4	5
psychiatrische Erkrankung	14	36	50
Cerebralsklerose	16	14	30
unklare Angabe	18	6	24
keine Angabe	22	20	42

Bei 33 % aller verstorbenen Männer und 28 % aller verstorbenen Frauen lag eine chronische Erkrankung, die nicht in den psychiatrischen Bereich fällt, vor.

Psychiatrische Erkrankungen sind bei 14 Männern und 38 Frauen diagnostiziert worden. 10 % der Männer und 8,5 % der Frauen haben eine Cerebralsklerose gehabt. Auffallend ist der relativ hohe Anteil der Süchtigen; bei den Männern betrug er 19 %, bei den Frauen 7,2 %. Tabelle 12 a gibt eine Übersicht über die verschiedenen Suchtformen und deren prozentualen Verteilung bei beiden Geschlechtern.

Tabelle 12 a

Sucht bzw. Alkoholismus

	Männer	Frauen	gesamt
Alkoholismus	26	3	29
Medikamentenabusus	0	5	5
Tabletten- und Alkoholabusus	4	4	8
"trank viel"	8	0	8
früherer Alkoholabusus	3	0	3
Alkohol als "Vehikel"	6	2	8
keine Sucht	109	151	260

Ungefähr ein Viertel aller von mir untersuchten männlichen Suicidopfer hatten "viel getrunken", also Alkohol zu sich genommen.

Der Anteil der süchtigen Frauen ist dagegen mit 7,3 % geringer.

Im Gegensatz zu Hensel (19), der bei den Selbstmördern im Raume Düsseldorf für den Zeitraum 1951 - 1965 bei den Männern in 45 % und bei den Frauen in 33 % einen Alkoholspiegel im Leichenblut von über 0,5 ‰ fand, lag dieser Anteil in meinem Untersuchungsgut vergleichsweise niedrig.

Nur bei 3,8 % der Männer und 2,4 % der Frauen konnte eine erhöhte Blutalkoholkonzentration im Leichenblut festgestellt werden.

IV. Diskussion

=====

Im folgenden sollen die in Teil III der vorliegenden Arbeit vorgestellten Ergebnisse mit den Resultaten anderer Autoren verglichen und diskutiert werden.

Alter und Geschlechtsverteilung

Grünberg (17) untersuchte das Selbstmordproblem in Berlin, Böker (5) die Selbstmordhäufigkeit in Köln, wobei Berlin bekanntlich die Stadt mit der höchsten Selbstmordziffer überhaupt ist. Der Vergleich der Ergebnisse der beiden Autoren, die, wie ich, ihr Kollektiv in Großstädten aussuchten, mit meinen Resultaten ergibt im Großen und Ganzen eine Übereinstimmung hinsichtlich des Alters und der Geschlechtsverteilung in der untersuchten Gruppe der Selbstmordopfer.

Ein Unterschied ergibt sich insofern als in Düsseldorf im Jahre 1975 erstmals die Selbstmordziffer der Frauen die der Männer überstiegen hat. Bislang hat allgemein die Anzahl der Männer, die Selbstmord begangen haben über derjenigen der Frauen gelegen.

Bemerkenswert ist weiterhin, daß in dem

von mir untersuchten Kollektiv ein deutlicher Anstieg der Anzahl der männlichen Selbstmörder im Jahre 1972 mit 5,25 % festzustellen war.

Zum Gesamttrend der Häufigkeit des Selbstmordes in Düsseldorf läßt sich eine Untersuchung von Ermert (13) heranziehen. Im Vergleich zu den von ihm im Jahre 1953 festgestellten Ergebnissen läßt sich sagen, daß die Selbstmordhäufigkeit um 1 pro 10 000 Einwohner angestiegen ist.

Jahreszeitliche Verteilung

Zu diesem Punkt divergieren die mitgeteilten Ergebnisse in der Literatur erheblich. Danneel (10), Böcker (4) und Schaub (29) stellen bei den alten Menschen übereinstimmend einen Häufigkeitsgipfel im Monat März fest, wobei Böcker den Monat März zum Winterhalbjahr rechnet, Danneel hingegen zum Frühjahr. Beide leiten davon sehr unterschiedliche Schlußfolgerungen ab.

In Düsseldorf habe ich zwei etwa gleich hohe Häufigkeitsgipfel gefunden: einen im Januar und einen im Mai. Die Differenz zwischen den Sommermonaten und den Wintermonaten liegt bei den von mir gefundenen Ergebnissen bei 1,6 % und ist

meines Erachtens nicht ausreichend groß, um daraus Schlußfolgerungen zu ziehen.

Alter

Übereinstimmend mit Sainsbury (27) fand ich bei den männlichen Selbstmördern einen mit dem Alter korrelierenden Anstieg der Selbstmordhäufigkeit, die absolut höchste Zahl lag bei den über 80-jährigen.

Bezüglich der Frauen unterscheiden sich unsere Resultate voneinander.

Bei der von mir gefundenen Verteilung liegt der Gipfel bei den 75 - 79-jährigen, bei Sainsbury liegt er bei den 60-70-jährigen. Übereinstimmend konnten wir einen dann wieder sinkenden Trend bei den über 80-jährigen Frauen feststellen.

Die von Sainsbury aufgestellte Behauptung, der von ihm festgestellte Trend sei mit Ausnahme Skandinaviens in der ganzen Welt gültig, ist demnach zu bestätigen.

Familienstand

Der Vergleich der beiden Tabellen zum Punkt

Familienstand unterstreicht die Bedeutung der Berechnung der Selbstmordziffern, um zu verwertbaren Ergebnissen zu gelangen. Auf die Gründe, warum ich zum Familienstand die Selbstmordziffer nicht habe berechnen können, bin ich bereits eingegangen. Unter der Voraussetzung, daß die Verteilung des Familienstandes aller Verstorbenen einer Altersgruppe die gleiche aller Lebenden derselben Altersgruppe widerspiegelt, läßt sich eine Häufung des Selbstmordes bei den Alleinlebenden, -Verwitwete, Ledige und Geschiedene feststellen.

Sainsbury (27), Pöldinger (23) und Dotzauer (11) kamen bei ihren Kollektiven zu dem gleichen Ergebnis.

Pöldinger sieht diese Gruppe der Allein-stehenden sogar derart gefährdet, daß er sie in seine Risikoliste übernommen hat.

Todesart

Über die Wahl der Methode, mit der Menschen Selbstmord begehen, sind zahlreiche Arbeiten publiziert worden.

Im allgemeinen ist heute das Einnehmen einer Überdosis von Tabletten, eine sogenannte 'weiche' Selbstmordart, die am

häufigsten gewählte Methode.

Unterscheidet man die durch Suicid Verstorbenen nach dem Geschlecht, so zeigt sich, daß sich die Männer meistens erhängen, die Frauen nehmen am häufigsten eine Überdosis von Tabletten.

Aufgrund der mir zur Verfügung stehenden Unterlagen kann ich feststellen, daß in dem untersuchten Zeitraum in Düsseldorf die meisten Selbstmorde durch Einnahme einer Überdosis von Medikamenten verübt worden sind. Betrachtet man den Gesamtzeitraum von 1970 - 1975, läßt sich der in der Literatur (5, 11, 26) angegebene Trend der Methodenwahl bestätigen. Bei der Differenzierung der einzelnen Jahre, läßt sich hingegen feststellen, daß in den Jahren 1974/75 ein Wechsel der Methodenwahl stattgefunden hat. Die Männer sind am häufigsten an einer Tablettenintoxikation gestorben, wohingegen mehr Frauen als Männer sich durch Erhängen das Leben genommen haben.

In Düsseldorf liegt der Anteil der durch Ertrinken Gestorbenen bei 10 %, demnach relativ hoch. Dieses Phänomen läßt sich bei allen Orten, die an Gewässern liegen ebenso wie für Düsseldorf feststellen.

Tödliche suicidale Gasintoxikationen spielen seit der Versorgung mit Co-armen Gas heutzutage

tage nur noch eine untergeordnete Rolle.

Der Anteil derjenigen, die mehr als eine Tötungsmethode beim Suicid anwenden ist zahlenmäßig gering. Die häufigste Kombination ist gegebenenfalls Gasvergiftung, Tablettenintoxikation und Öffnen der Pulsadern.

Angehörige

Alleinstehende alte Menschen sind besonders suicidgefährdet. Darauf weisen auch Ringel (25) und Pöldinger (23) hin. Dabei ist festzustellen, daß nicht schon das Vorhandensein von Angehörigen als Schutz gegen Suicid ausreichend ist. Entscheidend ist die Qualität der Beziehungen. Das Zusammenleben mit Angehörigen kann durchaus eine Quelle von Konflikten sein, die dann wieder zum Selbstmord führen. Wie aber die Beziehungen zu den Angehörigen gewesen ist, läßt sich nach dem Tode kaum oder nur schwierig klären.

Ein Parameter könnte die Häufigkeit der Kontakte sein, wobei man sich im klaren sein muß darüber, daß sicherlich eine gewisse Anzahl der Besuche sogenannte Pflichtbesuche, die keine wesentliche Aussage im Hinblick auf den übrigen Kontakt zum alten Angehörigen zulassen, darstellen. Im übrigen sind protokollierte Aussagen der Angehörigen ebenfalls

mit Vorsicht zu werten, schon wegen der Bestrebungen nach einem Selbstmord eine Beziehung besser darzustellen, als sie war. Nur in ganz wenigen Fällen fand sich in den Vernehmungsprotokollen die Aussagen der Hinterbliebenen, ihr Verhältnis zu dem Verstorbenen sei schlecht gewesen.

Im übrigen waren nur 4,4 % der von mir erfaßten Selbstmörder ohne jeden Verwandten. Anzumerken ist, daß der hier benutzte Begriff 'Verwandte' auch Freunde und Bekannte einschließt, da es in diesem Zusammenhang auf Sozialkontakte ankommt, die auch von nicht biologisch Verwandten hergestellt und unterhalten werden. In diesem Zusammenhang scheint es mir wichtig auf die von Bungard (8) getroffene Unterscheidung der Begriffe Einsamkeit und Isolation bei alten Menschen hinzuweisen. Isolation ist danach eine meßbare Größe, bestimmt durch die Häufigkeit der Kontakte mit der sozialen Umwelt, wohingegen Einsamkeit nicht mit diesem Begriff der Isolation gleichzusetzen sei, vielmehr könne ein alter Mensch, der, etwa in einem Altenheim, zahlreiche Sozialkontakte besitzt, durchaus Einsamkeitsgefühle erleiden.

Ankündigung

Bei den von mir untersuchten Fällen fand

in 57 % der Selbstmorde eine Ankündigung des Geschehens statt. Aché (1) und Feuerlein (14) stellten fest, daß 40 - 50 % aller Selbstmörder innerhalb des letzten Monats und 20 - 25 % innerhalb der letzten Woche vor dem Suicid einen Arzt aufgesucht hatten.

Dieser hohe Prozentsatz unterstreicht deutlich die dringende Forderung einer Selbstmordprophylaxe, die schon damit zu beginnen hat, daß eine Gefährdung überhaupt erkannt wird, damit eine rechtzeitige Intervention stattfinden kann.

Bemerkenswert scheint mir in diesem Zusammenhang die Feststellung von Feuerlein (14), daß besonders die Selbstmordrezidivgefährdeten häufig einen Arzt aufsuchen, wobei dieser des Öfteren die Suicidgefahr nicht rechtzeitig erkennt, weil der Patient seine Suicidängste in somatisierter Form anbietet.

Angegebene Motive

Von den in Teil III der vorliegenden Arbeit aufgelisteten Motiven erscheinen mir die folgenden einer eingehenden Betrachtung wert zu sein.

Am häufigsten fand ich 'Depression und Angst-

zustände', die nicht gleichzusetzen sind mit einer Depression im psychiatrischen Sinne. In diesem Zusammenhang sind auch die genannten Motive 'Einsamkeit', 'Lebensunlust' und 'Tod des Partners' zu sehen. Zum Begriff 'Lebensunlust' ist anzumerken, daß er von mir direkt aus den in den Akten befindlichen Abschiedsbriefen übernommen wurde. Allen gemeinsam ist, daß sie die für die gewählte Altersgruppe spezifische Problematik abdecken. Situationspezifisch ist der Verlust der Aussenkontakte, etwa durch Ausscheiden aus dem Berufsleben oder das Selbständigwerden der Kinder.

Das Motiv 'Tod des Partners' wird von Männern und Frauen etwa gleich häufig angeführt, wobei die Trennungssituation in den meisten Fällen erst jüngeren Datums ist. Auf die Bedeutung der durch den Tod des Partners gegebenen Situation und der daraus resultierenden Forderung, sich auf eine völlig neue Lebenssituation einzustellen, hat Bojanovsky (7) besonders hingewiesen.

Ein weiteres wichtiges altersspezifisches Moment ist der drohende Verlust der gewohnten Umgebung durch Umzug, etwa in ein Altenheim.

Bezüglich der Krankheiten, die als Motiv für den Suicid genannt wurden, findet sich bei den Männern häufig die Angabe 'Krebs', bei den Frauen hingegen sind es mehr

chronische Erkrankungen und Gebrechen.

Das von Ringel (25) angeführte Motiv einer finanziell aussichtslosen Situation war in den von mir untersuchten Fällen nur 12 mal vertreten. Es handelte sich vor allem um geschäftliche Mißerfolge oder um Anschaffungen größeren Stils, aus denen Angst vor dem Schuldenberg resultierte.

V. Zusammenfassung

=====

In der umfangreichen Literatur über den Suicid läßt sich ein eklatanter Mangel an Untersuchungen über dieses Problem beim alten Menschen feststellen. Insbesondere existieren nur wenige Arbeiten, die sich mit der sozialen Situation des alten Menschen im Zusammenhang mit der Selbstmordproblematik befassen.

Mit dieser Untersuchung versuche ich anhand der Selbstmordfälle der über 60-jährigen im Raum Düsseldorf in den Jahren 1970 - 1975 die verschiedenen sozialen Aspekte zu beleuchten.

Die Grenzziehung bezüglich des 60. Lebensjahres ist willkürlich und nicht unproblematisch, erweist sich jedoch im Verlauf der Untersuchung als hilfreich und als durchaus angebracht.

Die systematische Durchsicht der Sektionsbücher des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf sowie der Akten der Kriminalpolizei und der Staatsanwaltschaft ergibt für die gewählte Altersgruppe im genannten Zeitraum 321 Fälle. Es nahmen sich 156 Männer und 165 Frauen das Leben.

Aufgrund des zur Verfügung stehenden Aktenmaterials werden zwölf verschiedene Kriterien herausgearbeitet und jeder Einzelfall darauf untersucht.

In Teil III der vorliegenden Arbeit werden die Einzelergebnisse vorgestellt und tabellarisch erfaßt, in Teil IV diskutiert und mit den Ergebnissen anderer Autoren verglichen.

Die Anzahl der Suicide in dem untersuchten Zeitraum zeigt eine geringfügig rückläufige Tendenz, sowohl die absolute Zahl, als auch die Selbstmordziffer. Nach Geschlechtern differenziert zeigt die Selbstmordziffer der Frauen im Jahre 1975 einen deutlichen Anstieg und überschreitet zum ersten Mal die Selbstmordziffer der Männer.

Nach den Todesmonaten aufgeschlüsselt wird eine Häufung der Suicide in den Monaten Januar und Mai ersichtlich.

In Bezug auf die Altersverteilung der Suicidanten liegt bei den Männern der absolute Gipfel der Häufigkeitsverteilung bei den über 80-jährigen, die zweitgrößte Gruppe bilden die 65-69-jährigen Männer. Insbesondere konnte ich keinen kontinuierlichen Anstieg der Selbstmordziffer der Männer mit zunehmendem Alter, wie er in

der Literatur häufig beschrieben wird, feststellen.

Die höchste Selbstmordziffer bei den Frauen ist in der Altersgruppe der 75- 79-jährigen zu finden.

Die Untersuchung des Familienstandes der Suicidanten ergibt in den absoluten Zahlen ein Überwiegen der Verheirateten und Verwitweten. Die in diesem Punkt besonders wichtige Selbstmordziffer ist nicht zu ermitteln gewesen, da entsprechende Statistiken nicht geführt werden. Es wird deswegen nur eine Prozentangabe der Suicidanten an allen in Düsseldorf Verstorbenen ermittelt, die den relativ höchsten Anteil bei den geschiedenen Suicidanten ergibt. Insgesamt ist die Zahl der allein stehenden Verstorbenen erheblich höher als die der Verheirateten.

Als häufigste Todesart ist die Tablettenintoxikation festzustellen, wobei zunehmend mehr Männer diese Methode wählen, wohingegen sich bei den Frauen eine Zunahme des Erhängens abzeichnet.

Als weiterer wichtiger Punkt in der sozialen Problematik des Selbstmordes

wird das Vorhandensein und das Verhältnis zu den Angehörigen untersucht.

Von den 321 Verstorbenen hatten 140 keinen, beziehungsweise sehr selten Kontakt zu ihren Angehörigen, sodaß über 40 % aller Suicidanten praktisch alleinstehend waren. 46mal wurde das Verhältnis zum Suicidanten als schlecht bezeichnet.

Zu den Wohnsituationen der Selbstmörder läßt sich sagen, daß die überwiegende Zahl in Mietwohnungen lebte, nur ein vergleichsweise kleiner Teil wohnte bei Kindern oder im Altenheim. Siebzehn der Wohnungen waren in einem vernachlässigten Zustand. 138 der Verstorbenen lebten allein.

80 % aller Suicidanten waren zum Zeitpunkt des Todes Rentner oder Hausfrau. 16 % gingen noch einer Erwerbstätigkeit nach.

In Bezug auf die vorherige Ankündigung des Suicides zeigt sich, daß in 57 % aller Fälle eine Ankündigung der Tat erfolgt ist, zum Teil haben die Verstorbenen mehrfach darauf hingewiesen.

Bei 43 Suicidanten läßt sich ein vorausgegangener Selbstmordversuch feststellen, in 19 Fällen sogar mehrere.

Die Untersuchung der Motive läßt eine Einteilung in fünf Motivgruppen als zweckmäßig erscheinen: somatische Erkrankungen und chronische Leiden, psychiatrische Erkrankungen inklusive Sucht, soziale, familiäre finanzielle und kriminelle, sowie unklare Gründe.

Am häufigsten sind angeblich somatische Erkrankungen und chronische Leiden Anlaß zur Tat gewesen.

An einer somatischen, chronischen Erkrankung litten 107 aller Verstorbenen, bei 50 war eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert worden, hierbei sind nicht die 19 % Männer und 7,2 % Frauen berücksichtigt, die an einer Suchtkrankheit litten.

Abschließend sei festgestellt, daß nur insoweit Aussagen gemacht werden können, als die verschiedenen Gesichtspunkte aus den Akten ersichtlich waren.

Es ist zwar primär Aufgabe der Polizei Fremdeinwirkung bzw. Fremdverschulden durch Dritte am Tod eines Menschen nachzuweisen oder auszuschließen; es wäre

jedoch wünschenswert, wenn weitere Kriterien intensiver bei der Ermittlung eruiert würden. Dazu gehören Angaben über frühere Berufe der Rentner sowie die Religionszugehörigkeit. Auch gibt es keine genauen Angaben über die Betreuungssituation der alten Menschen.

Der erschreckend große Anteil der ungehörten oder überhörten Ankündigungen des Suicidvorhabens läßt eine Sensibilisierung der sozialen Umwelt als dringend erforderlich erscheinen.

Die häufigste Motivgruppe 'somatische Erkrankungen und chronische Leiden' zeigt, wie bedeutungsvoll eine intensive Beschäftigung der behandelnden Ärzte mit dem Selbstmordproblem in bezug auf eine zu leistende Prophylaxe wäre.

D A N K S A G U N G

=====

Mein besonderer Dank gilt

Frau Professor Dr. med. E. Trube Becker
für die Überlassung des Themas, die Mühe
bei der Durchsicht der Arbeit und die
erteilten Hinweise und Ratschläge.

Darüber hinaus danke ich der Kriminal-
polizei und der Staatsanwaltschaft
Düsseldorf für die bereitwillige und
freundliche Unterstützung beim Zu-
sammentragen des Materials.

Insbesondere danke ich Frau A.Sackmauer
bei der Staatsanwaltschaft Düsseldorf
für ihre geduldige und freundliche
Unterstützung.

Literaturnachweis

=====

- 1.) Ach  , K.A. Suicidalit  t und Suicidver-
h  tung Münchner Med.Wochen-
schrift 117 (1975) Nr. 6
- 2.) Alvarez, A. Der grausame Gott
Hamburg 1974
- 3.) B  cker, F.   ber den Einfluß der Religions-
zugehörigkeit auf Selbstmord
und Selbstmordversuch
Med.Welt 22 (1971)
- 4.) - " - Suicidalit  t im höheren Le-
bensalter
in: Wieck, H.H.
Schlaf- und Verhaltensst  -
rungen im Alter
Baden-Baden 1973
- 5.) - " - Suicide und Suicidversuche
Stuttgart 1973
- 6.) - " - Suicidhandlungen alter Menschen
Münchner Med.Wochenschrift
117 (1975)
- 7.) Bojanovsky, J. u.A. Zur Risikozeit des Selbstmordes
bei Geschiedenen und Verwitweten
Nervenart 47(1976)

- | | |
|--------------------------|---|
| 8.) Bungard, W. | Isolation und Einsamkeit
im Alter
Köln 1975 |
| 9.) Dahm, K. et al. | Untersuchungen über Selbstmorde
und Selbstmordversuche in einem
ländlichen Bevölkerungsgebiet
Mat. Med. Nordmark Nr. 63
Uetersen 1970 |
| 10.) Danneel, R. | Jahreszeitlich bedingte Unter-
schiede der Selbstmordhäufigkeit
bei jungen und alten Menschen
Arch. Psychiatr.Nervenkr. 221
1975 |
| 11.) Dotzauer, G. et al. | Selbstmord und Selbstmord-
versuch
in: Zwingmann, Ch. s.u. |
| 12.) Durkheim, E. | le suicide
Paris 1973 |
| 13.) Ermert, W. | Die soziale Beurteilung des
Selbstmordes
Med.Diss. Düsseldorf 1953 |
| 14.) Feuerlein, W. | Selbstmord und Selbstmord-
versuch
Med.Klin. 68 (1973) |
| 15.) - " - | Sucht und Suicidhandlungen
Münch.med.Wochenschrift
117 (1975) |

- | | |
|--------------------|--|
| 16.) Fuhrmann, M. | Untersuchungen suicidge-
fährdeter Gruppen
Med.Diss. Köln 1969 |
| 17.) Grüneberg, F. | Zur Phänomenologie suicidalen
Handlungen im höheren Lebens-
alter
akt. Geront. 7 (1977) |
| 18.) Händel, K. | Suicid und Recht
Teil 1
Therapie der Gegenwart
Nr. 9 117 (1978) |
| 19.) Hensel, W. | Die alkoholische Beeinflussung
beim Selbstmord
Med.Diss. Düsseldorf 1972 |
| 20.) Henseler, H. | Ärztliche Sofortmaßnahmen
bei der psychischen Betreuung
von Patienten nach Selbst-
mordversuchen
Med.Welt Nr. 9 23. Jg. (1972) |
| 21.) - " - | Narzißtische Krisen
Hamburg 1974 |
| 22.) Menninger, K. | Selbstzerstörung
Frankfurt/M. 1974 |
| 23.) Pöldinger, W. | Die Abschätzung der Sui-
cidalität
Bern 1968 |

- | | |
|----------------------|--|
| 24.) Ringel, E. | Der Selbstmord
Wien-Düsseldorf 1953 |
| 25.) - " - | Sozialmedizinische Probleme
beim Selbstmord
Med. Sachverständiger 63 (1967) |
| 26.) Rubinger, M. | Der Selbstmord in Düsseldorf
in den Jahren 1969 und 1973
Med.Diss. Düsseldorf 1977 |
| 27.) Sainsbury, P. | Der Altersselbstmord
in: Zwingmann, Ch. s.u. |
| 28.) Schadewaldt, H. | Historische Betrachtungen
zum Alterssuicid
aktuelle Geront. Nr. 2 7.Bd.
(1977) |
| 29.) Schaub, H. | Selbstmord und Selbstmordversuch
im höheren Lebensalter
Wiss. Diss. Basel 1955 |
| 30.) Schweitzer, H. | Antrittsvorlesung
Düsseldorf Mai 1977 |
| 31.) Siegmund, G. | Selbstmordgefährdung alter Menschen
Geriatrie 5, 1 (1975) |
| 32.) Stengel, E. | Selbstmord und Selbstmord-
versuch
Frankfurt/M 1969 |

33.) Tews, H.P.

Soziologie des Alterns
UTB Heidelberg 1971

34.) Zwingmann, Ch.

Selbstvernichtung
Frankfurt/M 1965

L e b e n s l a u f

=====

Am 27.11.1951 wurde ich als zweites Kind des Pfarrers Hans Mrozek und seiner Ehefrau Irmgard, geb. Holthausen, in Kassel geboren.

Meine Schulzeit verbrachte ich in Kassel, wo ich am 19.6.1970 an der Jacob-Grimm-Schule das Abitur bestand (nat.-wiss. Zweig).

Vom Sommersemester 1971 bis zum Sommersemester 1975 studierte ich an der Freien Universität Berlin Humanmedizin. Ein Auslandssemester (SS 1974) studierte ich an der Universität Wien. Meine Naturwissenschaftliche Vorprüfung bestand ich am 10.9. 1972; die Ärztliche Vorprüfung am 27.9.1973. Ab Wintersemester 1975/76 studierte ich an der Universität Düsseldorf, wo ich am 27.7.1977 das medizinische Staatsexamen bestand.

Meine Krankenpflegepraktika und Famulaturen absolvierte ich in Basel, Berlin und Kassel.

Nachdem ich als wissenschaftliche Hilfskraft im Institut für Rechtsmedizin Düsseldorf vom 1.10. 1977 - 31.12.1977 gearbeitet habe, leistete ich meine Medizinalassistenzeit in der St.Lukas-Klinik Solingen-Ohligs ab.

Seit dem 1.1.1979 bin ich chirurgische Assistenzärztin in dieser Klinik.

Seit dem 30.8.1977 bin ich mit dem Arzt Dr.med. Hans-Joachim Klatt verheiratet.

